

Cámara de Representantes
Secretaría

XLIX Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 342 de 2021

S/C

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

ESTRATEGIAS DE RESPUESTA A LA PANDEMIA COVID 19

COMISIÓN INTERNA DEL HOSPITAL ESPAÑOL.

SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 1º de febrero de 2021
(Sin corregir)

Preside: Señora Representante Silvana Pérez Bonavita.

Miembros: Señoras Representantes Lucía Etcheverry y Nibia Reisch, señor Representante Alfredo De Mattos.

Invitados: Concurren por la Comisión Interna del Hospital Español, las señoras Gisel Novas (Presidenta) y Claudia Marín.
Por el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), el Dr. Gustavo Grecco (Presidente) y Gonzalo Ferreira (Vicepresidente).

Secretaria: Señora Myriam Lima.

═══════II═══════

SEÑORA PRESIDENTA (Silvana Pérez Bonavita).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se lee:)

"La Comisión Interna del Hospital Español remite informe sobre problemática en el funcionamiento del mencionado hospital. (Asunto Nº 149.482)"

——La Comisión tiene el agrado de recibir a las señoras Gisel Novas y Claudia Marín, representantes de la Comisión Interna del Hospital Español, que envió una nota para ser recibida, y a solicitud de la señora diputada Etcheverry Lima se levantó el receso nuevamente para concretar esta instancia.

SEÑORA NOVAS (Gisel).- Soy auxiliar de enfermería del CTI del Hospital Español, y actualmente la presidenta de la Comisión Interna.

El Hospital Español reabrió sus puertas hace trece años como hospital público, gracias a la lucha de los exfuncionarios y de un conjunto de vecinos que aguantaron, ayudaron y cuidaron para que no se metiera gente en las instalaciones del hospital. El Hospital Español se logró reabrir con mucho sacrificio por parte de los excompañeros y de los vecinos.

En la nota enviada expresamos nuestra preocupación por el policlínico del Hospital Español -donde se atiende a muchísima gente del barrio y de otros lugares-, porque se han perdido muchos especialistas, a saber, reumatólogos, dermatólogos, urólogos; el psiquiatra trabajó hasta fin de mes y no va a estar más. Es decir, hay un vaciamiento de especialidades.

Como es de público conocimiento, el Hospital Español es el hospital referente covid.

Hace poco removieron a la dirección anterior, encabezada por el licenciado Alberto Barrios. Desde hace un tiempo la Comisión Interna venía denunciando en ASSE y en la Federación, con el compañero Martín Pereira, la falta de presencia de la dirección del hospital durante esta pandemia. Tenemos compañeros muy estresados y cansados.

A partir del 13 de marzo, como es de público conocimiento, tuvimos que empezar a usar el equipamiento de protección personal; a veces estamos hasta tres horas con un ingreso en CTI, y tenemos que usar todos estos implementos. Los compañeros de piso, sobre todo, vienen trabajando desde marzo, y cuando el paciente egresa del *triage* con color verde va directamente a piso. Este sector está mucho más sobrecargado que nosotros en el CTI, que se empezó a llenar ahora.

La nueva directora del Hospital Español es la doctora Alicia Cardozo, con quien se reunió la Comisión Interna e intercambiamos teléfonos. La directora nos dijo que iba a gestionar una "dirección de puertas abiertas"; nosotros le planteamos una serie de puntos y tenemos la primera reunión bipartita el próximo 8 de febrero.

En esa instancia denunciamos que la dirección no estaba presente, que no hacía recorridas; también lo hicieron el departamento de enfermería y el Comité de Infecciones. Los trabajadores queremos que haya un recorrido, un mimo -como decimos los trabajadores-, porque somos los que estamos más expuestos a contraer el virus. Tenemos compañeros que están en cuarentena y otros cursando la enfermedad. Por eso, queremos que haya recorridas para que se sepa qué necesitan los compañeros, qué cosas se pueden arreglar, algunas que quizás no involucren dinero. Por ejemplo, se necesita más agua, porque es impresionante lo que se transpira usando todo el equipamiento de nylon.

En síntesis, necesitamos que se mejore el régimen de libres. En una reunión tripartita, el Directorio de ASSE, el sindicato, la dirección y el departamento de enfermería firmaron un acuerdo por el que se aplicaría un régimen que se llama "libre más", es decir, si no se falta en los treinta días del mes, de premio, se dan dos libres más, por lo cual tendríamos 4 y 2, 4 y 2, y los últimos dos libres 4 y 1 y 4 y 1. Este régimen aplica para todo el servicio asistencial con horario rotativo.

Lo que pedimos es que, como ya tenemos ese libre implementado, de costo cero para ASSE, se refuercen las áreas de enfermería, de auxiliares de enfermería, auxiliares de servicio, licenciados, mantenimiento, lavadero y de administración y se aplique el régimen 4 y 2, porque estamos viendo que la gente no resiste; hubo compañeros nuevos que trabajaron seis horas y se presentaron ante el departamento de Recursos Humanos para renunciar, y nosotros necesitamos a todo el personal en piso, trabajando, no solo al enfermero, que es el que está en la primera línea, sino también a los compañeros de Recursos Humanos acelerando la tramitación de los contratos, para que vuelvan a llamar a quienes renunciaron, para de esa manera recuperar los cargos de quienes pidieron pase en comisión. Queremos fluidez en las contrataciones, porque necesitamos a la gente al pie de la cama y en el piso.

La semana pasada tuvimos una conferencia vía *Zoom,* con la contadora Lourdes Gervasini de Recursos Humanos de ASSE, quien nos dijo que consideraba muy prolijo el planteo de la Comisión Interna y que iría gente de Recursos Humanos de ASSE para dar una mano al departamento de Recursos Humanos del Hospital Español y analizar la

situación de los cargos que teníamos pendientes, que son contratos genuinos -son anterior al presupuesto, contratos 256-, sobre todo de aquellos casos de gente que se fue a otras unidades ejecutoras, y pudiera ingresar gente en el Hospital Español.

SEÑORA MARÍN (Claudia).- Las circulares que envía el señor ministro y ASSE a los trabajadores de base -soy auxiliar de servicio; trabajo en la cocina- nos hacen sentir sumamente estresados, porque hacen conferencias virtuales, se habla de burbujas para los mandos medios, pero nosotros los trabajadores no podemos hacer nuestras burbujas, porque no tenemos personal suficiente. Necesitamos determinados equipos para descansar y no estar todos juntos.

La gente que entra, huye. "¿Es para el Hospital Español?". "Ah, no, para el Hospital Español no voy", dicen algunos.

Entonces, todo esto genera en los funcionarios, en los trabajadores que vamos a trabajar todos los días, una incertidumbre muy grande, una angustia y un estrés psicológico.

Hemos visto en toda la prensa que se dice que el Hospital Español es el hospital de referencia; sí lo es, pero hoy los trabajadores necesitan más personal y descanso. Esto para nosotros es fundamental. Si no descansamos y no tenemos personal, todo el esfuerzo que estamos haciendo -porque todos formamos un equipo, desde el médico hasta el compañero que trabaja en mantenimiento todos son necesarios, y acá no existe nadie más importante que otro- será en vano. Por eso necesitamos todos los recursos humanos, ya sea médicos, auxiliares, a todo el mundo, y necesitamos que todos esos compañeros entren ya, no en cuentagotas.

Eso es lo que sentimos los funcionarios en esta pandemia, los trabajadores que vamos todos los días.

Todos tenemos la camiseta puesta, y no salimos a la prensa a hablar; nosotros hacemos nuestro trabajo todos los días, y desde antes de la pandemia, ya sea con la comida, con la limpieza, con todo, y es muy importante para nosotros que se sepa qué están haciendo los trabajadores, los funcionarios del Hospital Español.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- La semana anterior la Comisión votó el levantamiento del receso, a instancias de la presidenta y de quien habla, para recibir la propuesta de quien representa el Colegio Médico del Uruguay, que era una propuesta personal del doctor Blauco Rodríguez, responsable de la Región Sur, de la que depende el Hospital Español. En este marco, y a propósito de la nota que envió la

Comisión Interna, fue que entendimos que queríamos recibir y conocer sus planteos de primera mano.

En ese sentido, con las limitaciones que tenemos, vamos a trasladar sus inquietudes a las autoridades y monitorear la evolución de los planteos que hacen.

Quiero saber cuántos funcionarios y trabajadores hay actualmente en el Hospital Español, qué cantidad de personal estima el sindicato que falta porque, más allá de que no se atiende pacientes sin covid, hoy el hospital es la referencia para la pandemia. Me consta que esto ha aparejado distintas situaciones.

Imagino que el sindicato habrá calculado cuánto personal falta; algo se adelanta genéricamente en la nota.

Quiero saber qué relación tienen con los trabajadores médicos, si hay un planteo consistente. Por lo que se ha publicado en la prensa, en algunas cuestiones han sido consistentes, más allá de las especificidades que tienen unas y otras situaciones.

En cuanto al apoyo de la dirección a los lineamientos, quiero saber si ha funcionado, o funciona, el Comité de Infecciones en la actual administración. Sabemos que cuando se da un conflicto, se tiene que respetar determinados escalones, y en este caso está la dirección de la Región Sur, que es responsable en última instancia de todos los cargos de dirección. Por eso, quiero saber cuál ha sido la situación, si han tenido posibilidades de realizar sus planteos y si obtuvieron respuestas, sobre todo pensando en que la situación más crítica empezó en octubre.

SEÑOR REPRESENTANTE DE MATTOS (Alfredo).- ¿Cuántos pacientes con covid hay en el Hospital Español?

SEÑORA NOVAS (Gisel).- Según el reciente censo, hay 16 pacientes en cuidados intensivos. Por otra parte, en piso faltaban alrededor de 20 camas; al principio eran 70 camas, pero como hubo que reubicar las camas y los comedores para que no estuviéramos todos juntos, tenemos menos camas de internación.

SEÑORA PRESIDENTA.- ¿Cuántas camas hay?

SEÑORA NOVAS (Gisel).- Tengo las cifras; le contesto después.

Contestando a la señora diputada Etcheverry Lima, según en los censos que se hicieron en administraciones anteriores, éramos 800 funcionarios no médicos. No obstante, el sindicato hace tiempo que viene denunciando que mucha gente pidió pase en comisión para otras unidades ejecutoras para trabajar como adjuntos a la dirección o en otro lado, y esos licenciados -que en determinado momento los contamos y eran 16- nunca volvieron. Esto generó, por ejemplo, que una licenciada de piso, de internación,

tenga a cargo tres sectores, el A y el B, que ya está lleno de pacientes con covid y ocupa 22 camas, el sector C, que también está lleno de pacientes covid, y ahora se está colmando el sector E, donde hay 24 camas. En el sector E se sumaron 10 camas, que fue lo que declaró el doctor Cipriani. En esas habitaciones no se pueden poner dos pacientes porque, según un decreto de medicina intensiva, debe haber determinada distancia entre una cama y otra para poner el respirador y las bombas.

Estos pacientes covid, una vez que ingresan, se descompensan muy rápido; cuando ingresan se le pone una mascarilla y luego una máscara OAF de alta presión, que no manejan bien y terminan ventilados y hasta pronados, es decir, los tenemos que dar vuelta para que mejore su intercambio de oxígeno en los pulmones. Entonces, en esas camas se está poniendo a un paciente.

Nosotros tenemos puesta la camiseta del hospital. Nos hemos reunido con el Sindicato Médico del Uruguay, que también denunció lo mismo que la Comisión Interna, es decir, que la dirección anterior estuvo totalmente ausente, que se dedicaba a llenar papeles, que no recorrían, que no daba aliento al personal. Todo era muy lindo en la prensa, pero en los turnos vespertinos y de la noche no se veía a la dirección, tampoco en los turnos de la mañana tarde. El director del hospital fue cambiado y ahora está al frente la doctora Cardozo, quien nos dijo que su gestión sería de puertas abiertas, y ya está haciendo cosas. Por ejemplo, esta nueva dirección puso una mampara donde están los compañeros de portería, que estaban muy expuestos, porque iban los usuarios a hisoparse y si demoraba el resultado se ponían nerviosos; algunos resultaron positivos y les habían hablado a los compañeros de portería. Fue por eso que se puso una pecera para que los compañeros estuvieran protegidos.

Entonces, vemos que las cosas se están haciendo, que se está recorriendo el hospital.

Lo que pedimos es que ingrese personal y que se mejore el descanso, porque si la gente se estresa por la enfermedad y por el trabajo, el sistema va a colapsar, y lo que se necesita es personal capacitado al pie de una cama de CTI y también de las camas de los pisos de internación, porque el protocolo se cumple para CTI, para cocina, para todo el hospital.

Sabemos que están ingresando los contratos 068 por el plan contingencia, autorizado por ASSE, pero queremos que los ingresos sean más ágiles.

Sabemos que hay un informe de situación para aplicar un régimen 4 y 2 en el Hospital Español, pero no sabemos realmente si ese informe llegó desde la dirección

anterior a ASSE. Este será uno de los puntos a tratar en la reunión bipartita del 8 de febrero, porque si se puede dar mejor descanso al enfermero, al compañero de mantenimiento, el sistema va a funcionar mucho mejor.

Además, suscribo lo que dijo Claudia, porque hay lugares donde no se puede hacer una burbuja; si tuviéramos un régimen 3 y 3 implicaría mucho más servicio de enfermería, pero es imposible tener esos cargos. Sin embargo, ya que tenemos ese régimen 4 y 1 mejorado, nos faltarían dos libres para llegar a un 4 y 2. Entonces, no estamos tan lejos de la cantidad de recursos humanos que se necesitarían, solo a un 10 %, y sería un logro muy importante, porque representaría un mimo al compañero y representaría un descanso psicológico, porque la gente está muy estresada, se enoja, porque no todo el mundo reacciona de la misma manera. A veces nos reímos, pero no de los pacientes, sino como un mecanismo de protección para poder trabajar; otros ponen música. La gente está desbordada.

Por otra parte, no debemos olvidar que la mayoría del personal de la salud tiene multiempleo, trabaja en dos lados: del Hospital Español se va a la Médica Uruguaya, al Casmu, al Hospital Militar. Hay muy pocos compañeros que trabajen solo seis horas.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quiero saber cuántas personas han renunciado en enero, dato clave para entender de qué estamos hablando.

SEÑORA NOVAS (Gisel).- Renunciaron dos licenciados, porque no se adaptaron, por los mecanismos de trabajo. Por ejemplo, un trabajador nuevo, sin mucha experiencia, es puesto a trabajar con compañeros que la tienen a fin de que se lo oriente, pero si el estado del paciente se complica y hay que pronarlo, y llega otro ingreso, el funcionario nuevo se ve desbordado. La vorágine complica el trabajo. Por eso, en la carta pedimos que se haga la capacitación de la gente nueva. Quiero aclarar que no es que se carezca de capacitación, sino que por más que en la escuela se le haya enseñado muy bien, hay que darle una capacitación específica; el departamento de enfermería, recorriendo, puede alentar al compañero nuevo, porque cuando entra al CTI o al piso y ve todo ese panorama, a veces le dan ganas de salir corriendo. A veces necesitamos un mimo.

Por otra parte, el Comité de Infecciones funciona en el Hospital Español, pero no vemos que haga recorridas en todos los turnos, y menos en el vespertino-noche, donde los servicios de apoyo no funcionan, porque en la noche no hay mucha gente en lavadero y no está abierta la cocina, ya que en el hospital no funciona las veinticuatro horas. Por eso, los servicios de enfermería de piso están más desprovistos.

SEÑOR REPRESENTANTE DE MATTO (Alfredo).- Algo se habló del agua para consumo, pero no me quedó claro.

SEÑORA MARÍN (Claudia).- El agua del Hospital Español es únicamente para los pacientes covid, que consumen mucha, no para el personal. En realidad, debería ser para todos. Inclusive, se ha donado agua, pero no es para los funcionarios.

Esto también nos acucia. Trabajo en la cocina y hace como tres años que estamos pidiendo un dispensador; se me dirá que es una pavada, pero hay que llamar a licitación para conseguir un dispensador. Obviamente, hace mucho calor ahí. Teníamos un dispensador que compartíamos con el lavadero, pero ahora no se puede compartir nada con nadie y cada uno debe tener lo suyo.

Los dispensadores no se están usando por razones obvias. Solo tenemos una maquinita de hielo, y ahí la vamos llevando. Nosotros no podemos tomar agua de la que compra Salud Pública para los pacientes. O sea, los compañeros se deshidratan por esos trajes espaciales, pero deben traer agua de su casa, porque no pueden tomar de la que se lleva al Hospital Español, ya que es solo para los pacientes covid.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Quiero saber si hoy está colmada la capacidad del Hospital Español para recibir pacientes covid, tanto en CTI como en cuidados moderados.

En segundo lugar, quiero saber si existen dificultades para adquirir medicamentos o equipos de protección personal; me imagino que esto será parte de las cosas que se estarán hablando con la nueva dirección.

Reitero una pregunta anterior en cuanto a si hubo instancias con direcciones anteriores para realizar este tipo de planteos.

SEÑORA NOVAS (Gisel).- El CTI no está lleno. Teníamos 23 camas de CTI y ahora 10 camas más, pero quizás no todas puedan usarse porque el protocolo marca cierto metraje.

En piso todavía tenemos camas vacías, pero no estamos lejos de que el Hospital Español se llene. Hemos tenido problemas, de notorio conocimiento, por esperas de muchísimas horas en puerta, y también con pacientes negativos. Cuando se presenta un paciente y es negativo, la salida debe ser ágil; debe coordinarse con ASSE para que se lo envíe a otra unidad ejecutora, porque de lo contrario corre el peligro de contaminarse y ser otro paciente covid. Eso también generó problemas: los pacientes iban al Hospital Saint Bois, pero como no los recibían volvían al Hospital Español. Esto también salió en la prensa.

Un usuario de ASSE no puede estar diez horas en una ambulancia, porque es inhumano. Esto lo hemos reivindicado, lo planteamos a la nueva dirección y vamos a profundizar en la reunión bipartita del 8 de febrero.

Tenemos la camiseta puesta y vamos a trabajar todos los días; nuestra Comisión Interna siempre está presente; yo trabajo en CTI, Claudia trabaja en cocina; tenemos compañeros enfermeros y auxiliares de servicio; siempre hay alguien de la Comisión Interna en el Hospital Español. Nos hemos reunido con Blauco Rodríguez en ASSE y con el compañero Martín Pereira y Manzino de la Federación; siempre somos orgánicos y comunicamos a todos qué hacemos. Sin embargo, necesitamos que la Comisión de Salud Pública dé un empujón para que todas las reivindicaciones que planteamos se concreten, para que haya fluidez en las contrataciones, para mejorar el descanso y demás. Ahora vinieron a apoyarnos compañeros del turno vespertino con un cartel que dice "4 y 2 para todos.- Turno vespertino". La gente está desbordada y si el sindicato, la Federación y todos los actores políticos no tratamos de ayudar a la salud con una mejora en el régimen de libres, el sistema podría colapsar, porque no podremos tener al enfermero capacitado para enfrentar la pandemia. Y sin personal es imposible atender a un paciente, y el paciente puede ser mi hermano, mi hermana, mi vecino, una compañera de trabajo. Todo esto genera una carga de estrés más.

Queremos lograr las mejores condiciones para los usuarios de ASSE, pero nosotros queremos tener mejores condiciones de trabajo.

Por otra parte, hay medicamentos. No obstante, el plan terapéutico va cambiando mucho. Las cosas que se están solicitando están viniendo; así como vinieron respiradores vinieron también más máquinas OAF, de alto flujo.

Quiero decir que no queremos que del Hospital Español se saquen especialidades y solo atiendan médicos de medicina general. Teníamos un gran grupo de médicos de diferentes especialidades y queremos que ASSE vuelva a reforzar el funcionamiento del policlínico y que funcione como antes, con todas las especialidades.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Quisiera saber qué señal tiene el sindicato de que, vacuna mediante y continuación de aplicación de medidas de prevención, el Hospital Español no recupere el estándar que tenía con la diversidad de especialidades, porque evidentemente en algún momento esto tendrá que encaminarse de otra manera.

SEÑORA NOVAS (Gisel).- En su momento el sindicato en las asambleas decía que no quería que el Hospital Español pasara a ser un depósito de personas, porque atendía

pacientes en situación de calle, entre otras cosas. Teníamos pacientes que eran prácticamente funcionarios del hospital porque estaban internados desde hacía más de dos años; todos los días se les daban sus pastillitas y eran considerados uno más: por ejemplo, te preguntaban "¿Cómo está el nene?"; se genera ese tipo de confianza con el paciente.

Hoy por hoy el psiquiatra se jubiló, trabajó hasta fin de mes, y el hospital necesita psiquiatra. Hay dos psicólogos que son consultados todo el tiempo por los compañeros, por todo este proceso de estrés y de angustia; hay compañeros que están medicados, certificados por ataques de pánico. Hay compañeros que empiezan a transpirar y se desvanecen. A veces el paciente evoluciona bien, pero cuando se complica y hay que llamar de piso a la guardia de CTI para que lo valore, tal vez haya que intubarlo en piso y subirlo al CTI intubado. Todo eso genera un estrés adicional al que teníamos antes, porque se hacían estos procedimientos, pero sin el mameluco, la túnica impermeable, las gafas, la máscara. Es complicado.

Queremos que los compañeros trabajen en las mejores condiciones. Somos conscientes de que la ley de presupuesto no previó ningún incremento salarial; en febrero pasado cobramos un aumento de alrededor del 8 % y ahora perdimos casi un 5 % de aumento. También sabemos que ASSE inyectó dinero para insumos y para recursos humanos para el Hospital Español, pero si no va haber aumento por el total de IPC se tiene que mejorar el descanso del personal. Estamos muy seguros de que con un mejor descanso el sistema funcionaría mejor, porque la gente iría a trabajar de otra manera. Hay unidades ejecutoras que lo están logrando; creo que en el Hospital de Bella Unión se arreglaron y se aplica el régimen 4 y 2, y lo mismo pasó en el Vilardebó que logró un 3 y 2. O sea, en algunos lugares ya se está aplicando; quizás sean menos funcionarios, pero nosotros ya tenemos el libre más, tenemos dos libres con costo cero para ASSE y solo nos faltaría un 10 %, que se vería reflejado en la ánimo de la gente y del usuario.

SEÑORA MARÍN (Claudia).- Olvidé comentar que los ascensores del hospital andan muy mal. Sería muy importante que la Comisión pudiera hacer notar a las autoridades que esos ascensores son muy viejos y que tienen un presupuesto muy alto de mantenimiento. Se rompen a cada rato.

Hace poco se rompió uno con cinco personas adentro; quedó trancado con un paciente covid, un PPL y cayó de planta a subsuelo donde trabaja la cocina. Imaginen qué puede pasar en media hora de encierro; los tuvimos que sacar como pudimos. Es horrible estar sin saber qué hacer. Era un domingo de tarde y no había nadie en el

Hospital Español, pero igual sacamos a las cinco personas. Abrimos la puerta, respetando el protocolo, que cuando pasa hay que cortar; en fin; todo lo hicimos los compañeros de la cocina y de mantenimiento.

No saben lo mal que se puede sentir uno cuando se pregunta dónde está la gente que debería estar ayudándonos. Uno piensa que hay que llamar a los bomberos, porque alguien tiene que sacar a esa gente del ascensor. Eso no se publica en la prensa. El paciente covid estaba saturando y cuando lo pudimos subir por otro ascensor, realmente estaba mal.

Quizás la Comisión pudiera intervenir para que, por lo menos, arreglen un ascensor, para que no se repita esta situación.

Quería comentar este episodio, porque no me hubiera gustado estar encerrada allí. Si no los hubiéramos podido sacar, ¿qué habría pasado?

SEÑORA REISCH (Nibia).- Agradezco a todos por el trabajo que vienen desarrollando.

Trabajé en la salud en otro ámbito, como licenciada en nutrición; no estoy trabajando actualmente, aunque me imagino el estrés que están viviendo.

Estuve averiguando sobre la situación del Hospital Español y quiero compartir algunos datos. En enero de este año, hubo promedialmente, 19 consultas por día, 4 ingresos diarios a cuidados moderados, 3 ingresos diarios a CTI, el porcentaje de ocupación en cuidados moderados fue 73 % y en CTI 78 %.

Creo que es bueno compartir estos datos que, si bien son estadísticos, nos pueden pintar el panorama del Hospital Español en enero.

Agradezco que hayan venido y quiero que hagan extensivo el agradecimiento a sus compañeros en nombre de la sociedad uruguaya, porque conocemos la importancia del trabajo que hacen y los niveles de estrés que enfrentan.

SEÑORA PRESIDENTA.- Hemos escuchado los planteos. Por supuesto, vamos trasmitir, como es costumbre, lo expresado a las autoridades de ASSE.

Quedan abiertas las puertas de la Comisión para que puedan en el futuro plantear lo temas que entiendan pertinentes.

Muchas gracias.

(Se retiran las representantes de la Comisión Interna del Hospital Español)

(Ingresa a sala el presidente del Sindicato Médico del Uruguay, doctor Gustavo Grecco, y el vicepresidente, doctor Gonzalo Ferreira)

——La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social recibe con mucho gusto a las autoridades del Sindicato Médico del Uruguay: su presidente, el doctor Gustavo Grecco, y su vicepresidente, el doctor Gonzalo Ferreira.

Hicimos esta invitación a las autoridades del SMU por iniciativa de la diputada Lucía Etcheverry. Por esa razón, consideramos oportuno cambiar la dinámica de trabajo habitual de esta Comisión y dar la palabra en primer lugar a la diputada Etcheverry, a fin de que plantee los temas sobre los que entendió pertinente conocer la opinión y el punto de vista de las autoridades del Sindicato Médico del Uruguay. Posteriormente, daremos la palabra a los invitados.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Gracias, presidenta.

Damos la bienvenida a nuestros invitados; gracias por hacerse un tiempo para venir a la Comisión.

Hace dos semanas, a instancias de la presidenta, esta Comisión resolvió trabajar durante el receso para recibir algunas propuestas y, fundamentalmente, para abordar la situación que estamos viviendo. A partir de los meses de octubre y noviembre, estamos en una situación más complicada no solamente desde el punto de vista de la circulación comunitaria del virus, sino también con respecto a los recursos humanos, su calificación y algunos problemas bastante críticos en algunos centros hospitalarios. Al respecto, el Sindicato Médico del Uruguay ha estado bastante activo, ha hecho propuestas y ha participado en negociaciones.

Así como la semana pasada tuvimos la oportunidad de intercambiar con los integrantes del Directorio de ASSE -principal prestador público del país- acerca de esta situación, en términos generales, a nivel nacional, en lo personal, también me interesa conocer la opinión del Sindicato Médico del Uruguay, en tanto representante de los trabajadores médicos.

Hace un ratito recibimos a integrantes de la Comisión Interna del Hospital Español, porque nos pareció importante escucharlos. Ellos hicieron planteos concretos; algunos de ellos parecen de sentido común, pero a veces no se los ve así. ¡Cuánto cuesta, a veces, resolver algunas situaciones por más que se presenten verbalmente como muy sencillas! En ese marco, también nos plantearon que habían tenido algunas instancias con ustedes.

Entonces, la idea es que hagan un planteo general de la situación sanitaria, sobre todo, con respecto a los recursos humanos, entre ellos, los más calificados, vinculados a los CTI.

Si nos alcanza el tiempo, haremos alguna consulta más con respecto a una propuesta que se hizo desde el Colegio Médico, en su calidad de tal.

SEÑOR GRECCO (Gustavo).- Agradecemos la convocatoria, que aceptamos con gusto. Siempre es un placer y un honor venir al Parlamento a trasladar la visión del colectivo médico, en este caso, en un momento tan especial del país. Hablamos de un momento, pero, en realidad, esta situación lleva casi un año, si bien no por ello deja de ser especial. Realmente, cada día que transcurre, cada semana, cada mes nos impone nuevos desafíos. La realidad tan cambiante exige que estemos en una situación permanente de reunión, de guardia, de análisis, con momentos de tensión interna, con los prestadores, con ASSE, con el propio gobierno, buscando lo mejor. Lo que uno intenta, desde el rol y desde la institucionalidad que representa, junto con el vicepresidente, el doctor Ferreira, que me acompaña, es aportar lo mejor desde nuestro punto de vista, teniendo en cuenta la visión de los miles de médicos con los cuales interactuamos permanentemente en Montevideo y en todo el país.

En ese sentido, como decía la diputada Etcheverry, el verano nos encontró en una situación en la cual no hubiéramos querido estar. Durante ocho meses, el país mantuvo un escenario de control relativo de la pandemia. Hoy, uno mira con nostalgia aquellos diez o quince casos que había en el país. Recuerdo que cuando pasamos los treinta casos se generó una alarma importante: "¡Pah; treinta!". Y la situación explotó. Se fue generando lo que se preveía que se iba a generar: un crecimiento exponencial de casos a nivel de la comunidad. Desde el punto de vista epidemiológico, se fueron respetando los porcentajes de internación de las personas positivas: de cada cien personas que contraen el virus en la sociedad, noventa y cuatro lo viven de manera paucisintomática, con muy pocos síntomas, en domicilio, pero hay un 5 % o 6 % que requiere internación en cuidados moderados y un 1 % o 2 % que va a terapia intensiva. Si analizamos los números, eso se ha respetado en el mundo y en nuestro país, con una realidad muy propia de Uruguay.

Entonces, tratando de focalizarme específicamente en la respuesta sanitaria, debo decir que la tensión en el funcionamiento de todas las estructuras asistenciales públicas y privadas se incrementó muchísimo. Pasaron varias cosas: esto se dio en el mes de diciembre, cuando están todas las licencias reglamentarias planificadas con meses de anticipación, y en un escenario de control relativo de la pandemia.

Si analizan los reportes del Sinae, verán que hay un cuadro que muestra la cantidad de personal de salud afectado; cada día, esa cifra osciló entre doscientos cincuenta y

trescientos cincuenta. Hablamos de esa cantidad de personas -trabajadores médicos y no médicos-, pero teniendo en cuenta el escenario de multiempleo que tenemos en el sector, ello implica entre quinientos y setecientos cincuenta lugares de trabajo que se deben cubrir en el sistema. A su vez, esas personas, por contacto, dejan fuera del área de trabajo a muchas personas más: diez o veinte cada una.

Por tanto, ingresamos en un escenario de tensión por asistir cada vez más pacientes: pasamos de diez o veinte personas en terapia intensiva a un pico de ciento quince -ahora estamos en noventa, pero eso ocurrió-, y de cincuenta o setenta personas en cuidados moderados a cuatrocientas o quinientas, que es lo que tenemos en el sistema. Eso implica un estrés asistencial muy fuerte, muy importante, con toda una circulación alrededor que realmente hace que los trabajadores de la salud debamos estar en permanente tensión. Además, debemos suplir esos tres mil o cuatro mil lugares diarios que quedaron fuera de combate para la asistencia.

Entonces, con respecto a los recursos humanos, teniendo en cuenta que ya había carencias estructurales antes de la pandemia, el problema se magnificó enormemente en este verano.

Y empezamos a tener noticias preocupantes: cerró el CTI de Paysandú durante unos días porque no había recursos; cerró el CTI de Soriano; tenemos problemas en Tacuarembó; el CTI del Maciel estuvo al borde del cierre en su momento; más lo que está pasando a nivel de piso, en emergencias, el incremento de las consultas en las emergencias móviles y a nivel comunitario.

A costa de un enorme esfuerzo, se ha ido sobrellevando la situación. Podemos continuar afirmando con certeza que en nuestro país todas las personas portadoras de covid-19 que han requerido internación y asistencia han sido atendidas dignamente y en las mejores condiciones disponibles. Nadie murió sin asistencia; a nadie le faltó el acceso a la asistencia, el médico, el enfermero, el cuidado, el control. Sí se empezó a resquebrajar la eficiencia de la estructura asistencial: se empezó a demorar con los test; ha habido demoras cuando una persona consulta en emergencia y requiere internación y hay que esperar el test para saber si el resultado es positivo o no positivo; a veces, hubo que suplir las guardias con personal traído de otros lugares. En fin, empezaron a pasar una serie de cosas que, sin duda, fueron en detrimento de la calidad de la asistencia, pero nunca se llegó a la falta de asistencia. Y podemos decir con orgullo que eso es así por el sistema de salud de nuestro país, por la cuota parte que nos corresponde, pero también por la acción de todas las autoridades.

Estamos en un marco de discusión e intercambio permanente con sociedades científicas, con núcleos de base y con médicos de todo el país, y se nos traslada toda esta problemática.

Tenemos un documento que podemos compartir; es de diciembre, pero tiene plena aplicación ahora. Allí hacemos una suerte de diagnóstico de situación y trasladamos las propuestas de mejora, con la visión que tenemos desde el llano, desde el trabajo diario, desde el seguimiento a los hilos epidemiológicos, a la carencia de equipos de protección personal que empezamos a notar en algunos lugares, producto de este incremento de la tensión.

También trasladamos a las autoridades que empezamos a ver una gran heterogeneidad en los criterios asistenciales a las personas con covid-19 y al resto de la población. Concretamente, me refiero a que hay mutualistas que pusieron en práctica la teleasistencia y la telesalud con mucha fuerza, pero hay otras que tienen específicamente la definición de asistencia presencial, como si nada pasara. Esa heterogeneidad existe y entendemos que es perjudicial. Se lo hemos trasladado a las autoridades. En fin, estamos en un escenario realmente complejo.

Insistimos mucho y somos fuertes defensores de la reducción de la movilidad, concepto difícil de precisar en términos prácticos. Conceptualmente, todos entendemos que la mejor forma de ayudar al personal de la salud y al sistema de salud en general es que las personas no lleguen al sistema de salud. Para eso, no tienen que contagiarse; y para no contagiarse, además de cumplir con todas las recomendaciones de las autoridades sanitarias y del Grupo Asesor Científico Honorario, hay que disminuir la interacción social y el contacto. Eso es una realidad. Y con todo lo que implica tomar las decisiones políticas de reducción de la movilidad, porque el impacto social es muy fuerte. Por eso, a nosotros nos parecía muy importante el concepto de reducción de la movilidad con una mayor asistencia del Estado a las personas que se vean afectadas por esa reducción de la movilidad por un período acotado de tiempo para frenar esta ola.

No hablamos de toque de queda, pero sí de estas cosas a las que me acabo de referir. En la salud se podría ir a un ejercicio de la telesalud mucho más intenso del que tenemos hoy; el teletrabajo podría ser una realidad mucho más fuerte de la que tenemos hoy. Creemos que hay acciones que las autoridades podrían tomar para reducir esta movilidad, a fin de ayudar a frenar esta expansión.

Vemos con muchísima preocupación los números en los que esto se traduce y la pérdida de vidas que implica. Hemos asistido al fallecimiento de dos colegas que

contrajeron la enfermedad trabajando. Pido perdón por ser autorreferencial, pero tienen nombre y apellido; el doctor Enrique Soto y el doctor Roberto Martinoni, que fallecieron a causa del covid-19, contrajeron la enfermedad trabajando. Son dos; en Perú, son doscientos setenta y seis, y en el mundo son miles. A cada uno le duele cada persona que fallece. Son cosas que hubiéramos querido evitar; nos hubiera gustado que eso no ocurriera en nuestro país porque, precisamente, en pleno crecimiento, en plena expansión de la pandemia, contraen la enfermedad en un momento de consulta llena. Esas cosas son las que nos duelen mucho. Capaz que este resultado hubiera sido igual en otras circunstancias, pero nuestro análisis va por ese lado.

También hemos trabajado mucho con las autoridades en un plan de contingencia de recursos humanos. Es de pública notoriedad que hemos abordado la propuesta de ASSE de hacer un curso de capacitación para personal que pueda ayudar en terapia intensiva. En este momento, estamos coordinando una acción integral con la Cátedra de Medicina Intensiva, la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva, FEMI, ASSE y todos los prestadores privados para tener un plan de contingencia global con una visión de sistema, para todo el país y que asegure estándares de calidad para la asistencia a cualquier persona, en cualquier lugar, con el liderazgo académico de la Cátedra de Medicina Intensiva de la Facultad de Medicina. Entendemos que ese es el modo de hacerlo; no nos parecía correcto que institucionalmente un prestador realizara cursos de capacitación. Si bien es entendible, nos parecía que había una forma mucho más armónica de hacerlo; creemos que es fundamental involucrar a la Universidad.

Asimismo, trabajamos mucho con los ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Economía y Finanzas, el Banco de Previsión Social y la Caja de Profesionales Universitarios para dar contingencia económica a los colegas que trabajan fuera de la relación de dependencia, que quedan por fuera de toda la cobertura social. Nos pasa que hay miles de colegas que tienen que cuarentenarse por contacto con una persona que es covid positivo, y esos siete días de cuarentena se quedan sin trabajo y sin salario. En este caso, contamos con la sensibilidad del gobierno que emitió un decreto firmado por el presidente la semana pasada. Estamos trabajando en su implementación para que esos colegas tengan por lo menos esa asistencia en esos momentos.

Hay muchos aspectos más en los cuales estamos tratando de aportar desde nuestro rol para que esta situación transcurra en el país de la mejor manera y con el menor daño posible en todo este escenario.

Tenemos una enorme preocupación por el tema de las vacunas, sobre todo por la falta de información precisa. Nosotros disponemos de un poco más de información que la que tiene la ciudadanía a través de la comunicación oficial, cuando la vacunación es la forma de lograr la inmunidad de rebaño que nos permita en algún momento pensar en volver a tener una vida relativamente normal en un mediano o largo plazo. Entendemos el esfuerzo del gobierno y lo que pasa en el mundo con las vacunas y su brutal demanda. Este escenario de mercado devora todo y deja a Uruguay en una condición de debilidad para negociar, debido a nuestro pequeño tamaño y a la escala con la que nos manejamos.

Por supuesto que pensamos que hay que vacunarse y vamos a convocar a vacunar, según el plan establecido y las recomendaciones de nuestros expertos en el tema, sobre lo que también hemos intercambiado.

Este sería el resumen de la situación, focalizado en los recursos humanos y en lo que podemos aportar desde este lugar.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quisiera conocer la visión profesional de ustedes en cuanto a la saturación del CTI de la que se habla tanto, de lo que por supuesto tienen los datos. Además, cómo evalúan la actuación de ASSE en cuanto a todo lo que se ha implementado para que esto no suceda.

Por otra parte, quiero señalar que me preocupa el tema de la telemedicina, porque se comentó que alguna mutualista no se ha adaptado a esta modalidad. Me gustaría saber si tienen algún dato concreto sobre cuáles son las que no la estarían utilizando, porque realmente es una herramienta muy necesaria para la época que estamos viviendo, y sería bueno que se adopte en la totalidad del sistema.

Con respecto a reducir la movilidad, que ha sido planteado públicamente por varios actores, sería bueno saber qué medida concreta se podría tomar, porque en lo que tiene que ver con la salud, la alimentación y el transporte no se puede reducir. No obstante, se ha instado a realizar mayor cantidad de teletrabajo en los puestos en los que se puede llevar adelante esa tarea. Pero no sé si se apunta a alguna actividad comercial recreativa, que creo que no están funcionando. Quisiera tener una idea más concreta para poder colaborar en ese sentido.

En cuanto a los médicos que tienen que hacer cuarentena y pierden esos días de trabajo, quisiera saber si el Sindicato Médico ha adoptado alguna medida de ayuda, como descontar la cuota u otro tipo de amparo.

Por otro lado, me gustaría saber si como actores tan importantes de la sociedad a nivel médico tienen algún plan de concientización hacia la población, entrega de materiales, etcétera. Es decir, cuál es su visión a futuro porque esta situación seguramente va a continuar estando entre nosotros este año. Según tengo entendido, el Sindicato Médico alberga a más de la mitad de los médicos del país, y por eso me gustaría saber qué estaría implementando como institución al respecto.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Antes que nada, quiero agradecer la posibilidad de contar con el documento, porque me parece que todo aporta, más allá de la infodemia, de tanta información, pero bienvenida sea para lo nuestro.

Respecto a la heterogeneidad de situaciones que usted mencionaba al principio, hemos venido planteando a lo largo de estos últimos meses y en distintas oportunidades la posibilidad de un espacio, por ejemplo, dentro de la Junasa en el que estén el sindicato, los prestadores y los trabajadores, y se trate específicamente el covid. Hacemos esta propuesta porque ya ha habido situaciones en las que, aun estando los protocolos, las direcciones técnicas de los distintos prestadores –no solamente privados, sino también los públicos- podían tener una interpretación distinta. Esto va generando una cadena de dificultades o de criterios diferentes que crea incertidumbre en la población. Esto pasó con los test cuando se quería saber cuál era el caso sospechoso, más allá de que siempre se termina aclarando. Como decíamos, sobre fin de año tuvimos la oportunidad de intercambiar ideas con el doctor González Machado y le planteamos la posibilidad de contar con un espacio exclusivamente covid, que eventualmente podía ayudar a clarificar los criterios. Entonces, nos gustaría saber si estrictamente frente al covid existe un espacio de coordinación que unifique las posiciones, las directivas y los lineamientos de cada uno de los prestadores.

Por otro lado, en esto de la heterogeneidad, me imagino que el Sindicato debe tener una idea de qué cantidad de situaciones no covid están quedando de lado y qué impacto está teniendo eso. El covid es importante, pero también lo no covid, que va quedando de lado, como cirugías que no se cumplieron o que se replanifican, controles pediátricos, oftalmológicos, la no captación a tiempo de determinadas patologías. Queremos saber cuál es el termómetro, el pulso que está teniendo el Sindicato y si como actor preponderante lo está pudiendo relevar para ponerlo sobre la mesa en las negociaciones con el gobierno.

Respecto a la situación económica, queremos señalar que ya lo planteamos en su momento. Hubo dos situaciones. Una fue la resolución que tomó el Banco de Previsión Social, que era un poco desconocida por los trabajadores médicos y no médicos, y cubría a algunos. ASSE nos informó la semana pasada que desde el primer momento se tomó la decisión –que es una resolución interna del Directorio- de cubrir cuando hubiera cuarentena. Supongo que lo que está pasando obedece a eso y cubre a todos.

En cuanto al contralor de las medidas que nos permiten irnos posicionando para tomar otras acciones que tienen que ver con los tests, ¿se ha encontrado que se reiteran dificultades, lineamientos distintos, tiempos de espera y demoras, o eso se ha podido ir normalizando, según el termómetro que ustedes tienen, considerando el alcance con todos los prestadores?

SEÑOR GRECCO (Gustavo).- El Sindicato Médico tiene unos nueve mil socios activos y unos tres mil socios más en condición de honorarios, afiliados y demás. O sea que estamos arriba del

75 %, 80 % de afiliación voluntaria de los colegas médicos de todo el país. Hay colegas que tienen doble afiliación; son socios del Sindicato y de FEMI y son socios del Sindicato y del Sindicato Anestésico Quirúrgico.

(Interrupciones)

——Venimos en una muy buena interacción tanto con FEMI como con el Sindicato Anestésico Quirúrgico. Es un comentario que hago al pasar en este escenario.

Voy a empezar a contestar las preguntas en el orden cronológico en el que se hicieron.

Yo tengo la doble condición de ser presidente del Sindicato Médico y, como especialista en medicina intensiva, además trabajo en una unidad de medicina intensiva, e integro la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva. Por lo tanto, la realidad de la terapia intensiva del Uruguay no solo no me es desconocida, sino que me es muy propia y la conozco perfectamente.

Uruguay dispone de unas 756 camas de terapia intensiva activas en este momento -cuando decimos activas quiere decir con recursos humanos y materiales disponibles como para asistir a un paciente crítico-, de las cuales entre 60 % y 65 % tiene condiciones para hacer ventilación mecánica. El monitoreo permanente diario que hace la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva y que traslada al Ministerio de Salud Pública desde marzo muestra que la capacidad de las camas de terapia intensiva se ha visto siempre sobrada. Creo que el día que tuvimos más ocupación de camas de terapia

intensiva en el país fue de 63 %. Al día de hoy, estamos por debajo del 60 % de ocupación de la disponibilidad de camas de terapia intensiva del país, lejos de la saturación. El problema es que si el crecimiento exponencial sigue y en un mes pasamos de quince a ciento quince, el riesgo de saturación puede llegar a existir. Recordamos que los pacientes covid que llegan a terapia intensiva en nuestro país tienen una estadía promedio de dieciséis días, y que la mortalidad es de un

35 %; es alta, aunque más baja que la de Brasil, que es de un 55 %. La respuesta de nuestro país en ese sentido es buena. Creo que la terapia intensiva uruguaya ha dado una sólida respuesta a la demanda que significó la pandemia.

ASSE, particularmente, ha incrementado de 110 a 156 camas de terapia intensiva en el país, con monitores, ventiladores y demás, vía fondos covid y donaciones. No ha acompañado en la misma medida los recursos humanos necesarios para eso. Un gran problema que le trasladamos no solo a ASSE sino a todos los prestadores es que una cama de terapia intensiva no es solo eso, sino también el recurso humano que está alrededor. Por lo tanto, aumentar 100 camas de terapia intensiva como pretende ASSE en un corto plazo implica decenas de intensivistas, cientos de enfermeros, de auxiliares y demás que el sistema ya no disponía antes. Entonces, está muy bien tener esa capacidad, pero nos genera dudas razonables poder hacerla operativa por esa situación. Nosotros antes de la pandemia ya teníamos un problema con los intensivistas titulados en el país, pues no eran suficientes para cubrir estas 750 camas que teníamos disponibles. De hecho, mantuvimos una reunión con la Cátedra de Medicina Intensiva porque hay unos cien colegas que hicieron el posgrado y no tienen el título habilitante. Debemos buscar los mecanismos para mantener los estándares de calidad, pero a su vez abastecer un mercado que por distintos motivos es más la gente que se cae que la que ingresa. Ni qué hablar que los recursos humanos no médicos son mucho peor en términos de carencia que lo que ocurre con los médicos. Faltan mucho más enfermeras y licenciadas en enfermería que médicos en términos relativos. Nuestro país tiene unos 14.000 médicos activos, unas 8.000 licenciadas en enfermería y unas 23.000 auxiliares de enfermería. Faltan decenas de miles para todo el sistema. Me estoy refiriendo al último censo del Ministerio de Salud Pública que recuerdo. Entonces, ahí tenemos el problema en cuanto al estímulo para que las personas trabajen en enfermería, como *nurses* por ejemplo, que es una profesión con un grado de sacrificio brutal.

A nuestro juicio –no lo digo solo por esta Administración, sino también por las anteriores- no se ha logrado generar los estímulos necesarios como para que se supla

esa carencia. Dejo planteado este tema para que se resuelva una vez superado todo este tema.

SEÑORA PRESIDENTA-.- Ya que estamos hablando de estos temas, me gustaría saber acerca de estos cursos que se implementaron aunando esfuerzos entre todos a fin de especializar al personal. Quisiera saber en qué etapa está, cuánto demora dicha capacitación y de qué cantidad de recursos humanos estamos hablando.

SEÑOR GRECCO (Gustavo).- La semana pasada, la cátedra de Medicina presentó a los gremios un proyecto del curso que incluye una capacitación teórica y una práctica, las que se impartirían en dos semanas y dos semanas, para grupos de profesionales especialistas cercanos o afines a la medicina intensivista como, por ejemplo, la anestesiología, medicina pediátrica o cardiología crítica que puedan ensamblarse rápidamente en una unidad de terapia intensiva a fin de dar una mano, sin mayor distorsión del ambiente laboral, usando todas las plataformas disponibles tanto de ASSE, del Sindicato como de la cátedra y de la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva. Esta iniciativa se hablará con la cátedra de anestesia y demás cátedras para que esto tenga un sustento académico fuerte.

Asimismo, se plantean cursos para colegas de especialidades no tan cercanas a la medicina intensiva, que les darán herramientas como para poder manejar a un paciente en situación estable, no crítica, por ejemplo, en cuidados moderados, en piso convencional o en emergencia.

En medicina intensiva estamos asistiendo a muchos pacientes que podrían estar en piso con un dispositivo de oxígeno de alto flujo, manejado por un internista o por un emergentólogo. De esa manera, se evitaría congestionar las camas de terapia intensiva. Me parece que es una muy buena iniciativa por parte de la cátedra.

A la hora 16 del día de hoy vamos a tener una reunión donde se planteara este curso a ASSE, que va a participar, y a una delegación de los prestadores privados. La Junasa ya está al tanto de todo esto, y apoya. Acabo de mantener una charla con el doctor González Machado quien estará presente al igual que el Ministerio de Salud Pública. Esta iniciativa debe contar con el aval, la supervisión y el control de la rectoría, además de que los efectores, los gremios y las cátedras estemos bajo ese paraguas porque esto debe tener una visión país. También estarán presentes los colegas de la FEMI, la cátedra de anestesia, la Sociedad de Anestesiología del Uruguay. Vamos a estar todos para implementar esos cursos; la idea fue comenzar la semana pasada.

ASSE hizo un llamado para que se anotaran colegas. Terminó el viernes pasado; no sabemos cuántos se anotaron. La idea es que las instancias prácticas se realicen en la Cátedra de Medicina Intensiva del Hospital de Clínicas, pero queremos que se hagan en todo el país donde haya posibilidades de hacer docencia. En el sector privado somos docentes asociados de Medicina Intensiva y formamos residentes en el sector privado donde trabajamos, y ahí, perfectamente, podemos formar gente bajo el liderazgo y supervisión de la cátedra.

Estamos avanzando en ese tema para concretarlo rápido y con mucha armonía.

Cabe señalar que no hay un espacio Junasa – covid específico. Hay distintas instancias en donde se analizan los temas covid-19; está la Digesa, el Ministerio, pero la Junasa como tal no tiene un espacio específico o un grupo interno que aborde los temas covid. La Junasa recibe información, aprueba directivas que transmite a los distintos prestadores. Concretamente, con respecto a este tema, la Junasa exhorta, es decir que queda librado al criterio del prestado, y en este aspecto hemos tenido algún matiz con el doctor González Machado, pero mantenemos un buen diálogo. Nos parece que esta heterogeneidad no es buena en el sentido de que sería razonable que la población percibiera que si es telesalud es telesalud en todo el sistema. La telesalud es una herramienta que nos permite abordar una situación de emergencia con un criterio transitorio y complementario a lo que es la consulta presencial, pero todas las otras patologías hay que asistirlas, atenderlas; pasar la línea es muy difícil.

La gente aceptó de buena manera la telemedicina en los meses de marzo, abril y mayo, cuando había una percepción de riesgo importante por parte de la población que creemos que se perdió y ahora te cae, es decir, la gente va. Esto es parte de lo que hay que exhortar y del discurso comunicacional que es necesario abordar para reducir la movilidad, que pasa por mantener todas las actividades esenciales y por reducir todo lo no esencial por un período acotado de tiempo y con la asistencia del Estado.

Nos parece que el teletrabajo en general -no solo en el sector salud- y reducir la movilidad, sería un escenario por donde podríamos avanzar. Esto también quedó librado a aquel que pueda llevarlo adelante. El teletrabajo se determinó para el sector público, pero no para el sector privado que quedó librado a que todo aquel que pueda que lo haga. En marzo hicimos teletrabajo y la sociedad se movió menos de lo que se está moviendo ahora. Y lo entendemos; la reducción de la movilidad tiene costos muy altos en términos psicosociales, económicos, y es muy difícil tomar decisiones en ese sentido. Las recomendaciones en cuanto a la reducción de la movilidad parten de todos los asesores

científicos, de integrantes del GACH y, obviamente, la decisión política pasa por contemplar todo lo que ello implica. Esos dos ejemplos son a considerar.

Pensamos que no es competencia del Sindicato Médico determinar qué actividades de la economía deban cerrar. Analizamos la evidencia y observamos qué pasa en distintos países, por ejemplo, en Alemania, Italia y en España donde realmente para frenar esto, hubo que hacer un esfuerzo muy fuerte, *lockdown*. A esta situación todavía no hemos llegado; esto está sujeto a una revisión permanente. Hay que ver qué pasa con esta meseta.

Asimismo, la insistencia en el mensaje, por nuestra parte y por la de otros actores sociales, tiene el impacto subliminal de retraer la movilidad. Tenemos el firme convencimiento de que posicionarnos con el discurso público de la cuarentena obligatoria fue parte de algo que contribuyó, además del miedo y la responsabilidad, a que la sociedad se frenara. Eso tuvo un fuerte impacto en la gente que lo asumió y lo hizo voluntariamente y que contribuyó en buena medida a que tuviéramos la respuesta que tuvimos. También ahí hay parte del posicionamiento público de distintas organizaciones que tiene fuerte llegada a la gente, lo que contribuye a que se llegue a ese resultado final.

Con respecto a las acciones del Sindicato Médico, debemos decir que nuestro aparato de comunicaciones permanentemente está trabajando en este tema. Hemos realizado apariciones públicas en prensa, comunicación en redes, videos, proactivos a fin de contribuir con el mejor manejo posible de la pandemia. Para nosotros es muy importante hacerlo porque es parte de nuestra responsabilidad social como organización de profesionales, y lo vamos a seguir haciendo.

En cuanto a la cobertura social de los colegas, trabajamos mucho en ese sentido para que aquellos que tengan que cuarentenarse, tengan algún tipo de cobertura. Este fue un intenso trabajo, en particular, durante el mes de enero. Estuvimos interactuando con el Ministerio y con la Caja de Profesionales Universitarios a fin de que, a través del fondo Covid, esta sea la que efectivice el pago a los colegas facturadores, sea esa su única modalidad de trabajo o no, pero que tengan esa cobertura.

SEÑOR FERREIRA (Gonzalo).- Desde el principio, el Sindicato actuó como actuó siempre. Vimos el problema e intentamos aportar lo que desde hace cien años aporta el Sindicato Médico: la visión de los médicos; muchas veces malinterpretado, pero fuimos responsables de generar cierta alerta a la población en su momento. También somos un poco responsables de los números que se dieron al principio.

El Sindicato Médico tiene sus mecanismos para ayudar a aquellos médicos que en su momento, en cuarentena, no puedan solventar sus gastos, por ejemplo, el pago de la cuota e *inda mais;* tienen su mecanismo para que lo puedan llevar adelante sin necesidad de que se les otorgue eso.

Por otra parte, hemos venido trabajando en distintas campañas desde un principio, inclusive, utilizándonos a nosotros mismos como referentes.

En cuanto a la telemedicina, estamos lejos de tener una de calidad y se necesita mayor reglamentación de esa ley y establecer formas de trabajar. También se necesita por parte de las empresas, sobre todo, en este tiempo de pandemia, que traten de ver un poco más al paciente y no al cliente, que es lo que sucede muchas veces en que se expone a los equipos de salud al llamado de consultas innecesarias que, de otra manera, si estuviéramos implementando bien esto, podría funcionar muchísimo mejor. Es algo que se viene, que se va a instaurar y va a seguir en este camino.

Con respecto a las enfermedades que hemos dejado de lado por la pandemia, sin lugar a dudas, las enfermedades prevalentes han pasado a un segundo plano por distintos motivos como las cirugías, y poco a poco nos vamos acomodando aunque debemos esperar que pase esta situación para volver a la normalidad. Obviamente que algunas cosas han quedado de lado como, por ejemplo, los controles, la hipertensión, la diabetes, todas esas enfermedades prevalentes. Pensamos que es necesario retomar mejor esa atención a medida que esta situación vaya pasando.

SEÑOR GRECCO (Gustavo).- Me quedó pendiente contestar brevemente alguna pregunta sobre el Hospital Español. Es el centro de referencia de ASSE para el tratamiento de personas portadoras de covid en situación crítica o de internación moderada.

En los últimos meses del año anterior e incluso previo al crecimiento exponencial de la pandemia en la sociedad, tuvimos una etapa muy problemática en cuanto a lo que tiene que ver con logística y recursos humanos en el Hospital Español para dar una asistencia razonable a las personas que lo requieren. Los colegas del núcleo de base nos empezaron a trasladar muchos problemas de funcionamiento, de recursos humanos, de infraestructura, de logística. Mantuvimos reuniones con las autoridades e, incluso, se removió la dirección del Hospital por decisión de ASSE. Actualmente, estamos interactuando con la nueva dirección.

La plataforma que en su momento trasladamos a las autoridades incluía la disponibilidad de recursos humanos para las áreas críticas, cuidados moderados y

emergencias que eran insuficientes y con un alto recambio, en el contexto que mencionamos de verano, agotamiento, licencias, falta de estímulo. Los colegas no querían ir, o es difícil encontrar recursos humanos que vayan a trabajar, aunque hay y se está cubriendo, pero es dificultoso ese asunto. A eso se sumaban varios problemas que iban desde los aires acondicionados a la burbuja para el traslado de pacientes o la disponibilidad de equipos de protección para el personal. Es decir que había muchos problemas en cuanto a la logística de funcionamiento.

En las últimas semanas y luego de varias reuniones, tanto con la unidad de negociación de ASSE como con la nueva dirección, se han ido subsanando lentamente esos problemas. Mejoró la disponibilidad de equipos de protección personal, se incorporó la burbuja y se han hecho llamados para probar recursos humanos como lo habíamos solicitado, en el sentido de tener una relación entre la cantidad de pacientes y médicos en las distintas áreas de acuerdo a sus complejidades ajustada a las normativas del Ministerio de Salud Pública.

Hay más detalles sobre esto, pero estamos trabajando. No hubo medidas en cuanto a los reclamos que se trasladaron por parte de los gremios. Hubo diálogo e intercambio, pero nadie tomó medidas porque es difícil hacerlo en este escenario. No es la intención tomar medidas si podemos resolver los problemas a través del diálogo y en eso estamos avanzando.

En ASSE tenemos dificultades para el acceso a los test seguros. Hay un problema que tiene que ver con la disponibilidad y el acceso a un test en tiempo y forma. Cuando hablamos de ASSE nos referimos a todo el país, porque una cosa es un hospital de Montevideo con un laboratorio propio o a pocas cuadras y otra es en una ciudad del interior en la que muchas veces hay que trasladar las muestras y se demora. En Tacuarembó hubo una experiencia muy buena con los test LAMP, es decir los test rápidos –Ciro nos comentó que habían funcionado muy bien-, pero no es la realidad de todo el país y nos preocupa, porque hubo un crecimiento explosivo. Hay miles de casos en la sociedad, la demanda aumenta y eso complejiza la respuesta que se pueda dar.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Me genera preocupación el hecho de que la Junasa exhorte, porque el Ministerio de Salud Pública tiene la rectoría en la política de salud y entiendo que en algunas cuestiones se podrá exhortar, pero en otras es necesario decir: "Esto es lo que hay que hacer". Por lo menos esto es lo que yo entiendo que es una primera definición en términos de rectoría en materia de salud. Por eso, se me prende una luz amarilla, sobre todo, en esta situación

en la que la cuestión sanitaria tiene una expresión muy fuerte desde el punto de vista económico y hay prestadores que tienen dificultades que no son de ahora, sino que son preexistentes y se han observado. Entonces, entre la exhortación y la rectoría también hay costos que se deben traducir. Dejo planteado a los integrantes de la Comisión que me parece que hay algo que tenemos que trasladar y tener una posibilidad de diálogo con el Ministerio de Salud Pública, en particular, porque en esa exhortación está en juego la calidad asistencial de la gente.

También está la situación de las otras patologías que requieren atención y hay una zona gris, como se planteó. Algunas personas se podrán pagar los estudios y otras no, y en esta exhortación esas cosas están pasando. Se han comunicado con nosotros algunas personas que siendo socias de prestadores privados, han gastado dinero para hacerse estudios en clínicas y laboratorios que los siguen realizando. Es decir que el prestador no lo hace, pero lo particular sigue funcionando. Por lo tanto, hay una situación compleja, porque habrá quien puede pagar y quien no y eso hace a la calidad de vida.

Entonces, me parece que con la exhortación hay mucha cosa en juego para atender en esta situación de pandemia. Digamos que es como un gran paraguas. Tendrá incidencia, pero a veces no es tanto, sino que hay que clarificar la rectoría.

En materia de recursos humanos y la necesidad de formación, se nos dice que hay un diálogo que viene acomodándose. El presidente de ASSE también dijo que se lograron corregir errores de comunicación que hubo con la cátedra. O sea que es bienvenida esta situación.

Lo de los test también me genera una luz amarilla, porque en su momento el directorio de ASSE, y en particular Cipriani, plantearon que estaban incrementando sustantivamente la capacidad de testear y que había más laboratorios –la diputada Nibia Reisch estuvo-, en especial, en el interior del país.

SEÑOR GRECCO (Gustavo).- Nosotros pensamos que la rectoría se ejerce con firmeza, pero esa es la forma en que se ha definido hacerlo desde Junasa. No digo que esté mal, pero a nosotros también nos gustaría algo más tajante en ese sentido.

Tenemos un ámbito que funciona como un comité de crisis, que convocó saludablemente el Ministerio de Salud Pública, porque también tenemos que conocernos, generar confianza y entender el rol que cada uno puede cumplir en todo esto. Los gremios no cogobernamos, pero podemos aportar mucho. Hace un tiempo, cuando estas instancias eran difíciles de tener porque el gobierno recién había asumido y todos nos acomodamos a un escenario nuevo en el medio de una pandemia, le reclamamos al

gobierno que nos tuviera en cuenta y nos incorporara como parte del diálogo en el ida y vuelta. Le dije al ministro Salinas que entre el Fogata Bermúdez, Martín Pereira y yo somos la cabeza de setenta y cinco mil personas que formamos la primera línea y no se pueden dejar fuera del análisis, de escuchar e interactuar. Entonces, ahora en este escenario, el Ministerio convocó y estamos desarrollando una modalidad de reunión periódica los días jueves, en la que participamos todos los gremios de la salud con el subsecretario de Salud Pública y el doctor González Machado. Es un espacio que saludamos porque habla de la madurez del sistema y de todos los actores, y que le hace bien al país. Es un espacio en que interactuamos y se concretan cuestiones.

Asimismo, el Ministerio tiene un espacio similar con los prestadores que es específico y no es dependiente de Junasa. Allí los prestadores trasladan y reciben, y después Junasa lo admite o lo valida. Digo esto porque los mecanismos con los que se da el diálogo y la interacción existen y a veces hasta se superponen. Nobleza obliga y debemos trasladarlo y comunicarlo, porque si dijera que no tenemos diálogo, estaría mintiendo.

Matices vamos a tener y discrepancias podemos tener, pero si las podemos resolver, como hicimos con el asunto de ASSE, crecemos juntos. Así que ese es el espíritu.

SEÑORA PRESIDENTA.- Es muy bueno el mensaje final.

Agradecemos toda la información que nos han brindado. Como siempre, tenemos las puertas abiertas para cuando quieran asistir a plantearnos algún tema.

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- Hace dos semanas recibimos al doctor Rodríguez por una propuesta personal, que después planteó al Colegio Médico, vinculada a que quienes incumplan las normas sobre aglomeración pudieran tener una medida alternativa relativa a tareas periasistenciales en los hospitales y unidades ejecutoras. Nosotros lo dejamos planteado y consta en la versión taquigráfica, porque nos llamó la atención que fuera una medida punitiva proveniente del Colegio Médico, que no tiene competencia dada la reglamentación de su carta orgánica.

¿Conocen esa iniciativa? ¿Tienen posición? ¿Fue analizada por el Sindicato Médico del Uruguay?

SEÑOR GRECCO (Gustavo).- Sí. La conocemos, la vimos, la escuchamos y lo hablamos.

El Sindicato Médico comparte la no competencia del Colegio Médico por lo que se desprende de su carta orgánica y demás –como dijo la diputada Etcheverry- y optamos

por no tomar una posición institucional, porque nos parece que no se debe debatir entre médicos y dar visibilidad a una propuesta que no corresponde, dado que quienes determinan las penas son el Poder Judicial y los legisladores. Además, es algo individualizado. Por eso, optamos por no tomar una posición institucional, porque creemos que no lo amerita. De todas maneras, tengo un informe de nuestro asesor en materia de derecho penal, el doctor Jorge Barrera, que puedo leer como sustento a lo que acabo de decir.

SEÑOR FERREIRA (Gonzalo).- Ese tema lo llevé yo al comité ejecutivo porque se discutió mucho en mi agrupación, que no está de acuerdo con el planteamiento, y decidimos no expresarnos porque no nos corresponde a nosotros como médicos hacer planteamientos desde ese punto de vista. Creemos que si le damos trascendencia estamos poniendo el tema sobre la mesa y no corresponde. Que lo hagan las personas que lo tengan que hacer si amerita y es necesario.

SEÑOR GRECCO.- Tengo el informe aquí, pero respecto a este tema preferimos dejarlo por eso. Voy a leer el informe jurídico del doctor Barrera sobre esa propuesta en particular:

"Desde que se ha decretado el estado de emergencia sanitaria en nuestro país, el SMU ha puesto a disposición de todos los uruguayos, los recursos disponibles para minimizar los efectos negativos de esta pandemia. En este sentido, hemos coordinado acciones con las entidades públicas correspondientes y se han realizado propuestas constructivas desde diferentes ópticas, teniendo como objetivo central maximizar y hacer eficientes los aportes de cada organismo público o privado.

Desde su fundación, el SMU tiene entre sus fines, contribuir a la obtención de la excelencia en la salud pública de todos los compatriotas, por lo que todas nuestras tareas tienen esa guía rectora. Nuestra Constitución establece un sistema de separación de poderes que forma parte de las bases esenciales de un Estado de derecho. Esto implica que el Legislador es quien decide la política criminal de un país y el Poder Judicial debe aplicar al caso concreto dicha normativa, respetando las garantías individuales.

El Parlamento ha votado en julio de 2020 la Ley 19.889, muy conocida como Ley de Urgente Consideración. En el artículo 31 se consagró el Régimen de Libertad a prueba en donde se afirma que dicho instituto consiste en someter al penado al cumplimiento de un programa de actividades orientado a su reinserción

social en el ámbito personal, comunitario y laboral a través de una INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA y bajo la aplicación de ciertas condiciones especiales. La vigilancia y orientación permanente de lo establecido en este artículo estará a cargo de la Oficina de Seguimiento de la Libertad Asistida, dependiente del Ministerio del Interior.

Asimismo al establecer la libertad a prueba el Tribunal impondrá al condenado algunas medidas entre las que se encuentra la prestación de servicios comunitarios y la define como la obligación de cumplir las tareas que se le asignen, teniendo en cuenta su aptitud o idoneidad, en organismos públicos o en organizaciones no gubernamentales, cuyos fines sean de evidente interés o utilidad social.

En este marco, entendemos que el Poder Judicial ya tiene herramientas legales para aplicar la prestación de servicios comunitarios en asuntos como el que nos ocupa y queremos poner en especial énfasis, en que se tenga en consideración que esas actividades comunitarias en la salud en estos tiempos de especial carga de trabajo, no supongan ningún riesgo adicional para quien cumpla esa medida, ni tampoco que en la tarea de enseñanza de esa actividad, o de coordinación, se insuman recursos humanos y materiales del sistema de salud, que impliquen distracción de las tareas prioritarias a las que estamos abocados.

Teniendo en cuenta estas realidades jurídicas y fácticas, estamos a disposición para seguir aportando elementos constructivos en estos tiempos excepcionales de pandemia".

De modo que entendemos que no hay competencia y que es potestad del legislador y del Poder Judicial aplicar las penas individualizadas de trabajo comunitario que determinen. Así que preferimos no hacer más comentarios. Obviamente tenemos opinión y opinión política. Creemos que no le hace bien un debate público institucional en este sentido y que esto debe acabar.

SEÑORA PRESIDENTA.- Muchísimas gracias por su presencia. Los estaremos esperando para la próxima convocatoria.

(El señor Grecco entrega copia de los documentos a la Comisión.- Se retiran de sala las autoridades del Sindicato Médico del Uruguay)

SEÑORA REPRESENTANTE ETCHEVERRY LIMA (Lucía).- No sé si se iba a hacer un planteo particular de continuidad; de lo contrario, me gustaría dejar expresado acá que hemos conversado con la diputada Lustemberg y particularmente nos interesa

que se convoque al Ministerio de Salud Pública para referirse a las modificaciones que ha tenido el etiquetado frontal de alimentos y la variación respecto a los valores, de lo que estaba establecido, porque se ha modificado bastante. Recordemos que ya hubo un primer planteo de prórroga. De hecho, tuvimos oportunidad, en algunas de las comparecencias del ministerio, de intercambiar más allá de que no fuera el tema; el ministro planteó ya su posición. Sin embargo, nos sorprende esta modificación por decreto. Es un tema que la diputada Lustemberg ha venido siguiendo, por lo cual queremos dejar planteada la propuesta de invitar en primera instancia al Ministerio de Salud Pública. Esto no quita que después tengamos necesidad de tener una reunión con la gente de Industria.

SEÑORA REPRESENTANTE REISCH (Nibia).- Comparto la necesidad del abordaje de este tema en esta Comisión, pero tengo una discrepancia en cuanto a quién convocar. Yo no tuve información previa oficial, me enteré por la prensa y he seguido el tema por ese medio, pero todo indica que esto no surgió desde el Ministerio de Salud Pública, sino desde el de Industria. Por lo tanto, entiendo que tenemos que convocar al Ministerio de Industria, Energía y Minería para que nos dé los fundamentos por los cuales se tomó esta resolución. No desestimo la convocatoria al Ministerio de Salud Pública, pero me parece que en cuanto a prioridades tenemos que enfocarnos en el lugar desde donde partió esta sugerencia o resolución que después el Poder Ejecutivo tomó.

SEÑOR REPRESENTANTE DE MATTOS (Alfredo).- Estoy de acuerdo con la diputada Nibia. Me interesa que venga el Ministerio de Industria a exponer el porqué de las variaciones del contenido de grasas, sales y azúcar de los alimentos, y después sí convocar al Ministerio de Salud Pública para corroborar las cosas.

SEÑORA PRESIDENTA.- También concuerdo con que la prioridad debería ser convocar al Ministerio de Industria, Energía y Minería dado que es desde allí que surge el decreto final. Tenemos que ponernos de acuerdo respecto a la fecha.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

——Se va a votar la invitación al Ministerio de Industria, Energía y Minería, con la finalidad de exponer sobre el tema relativo al etiquetado de alimentos. La convocatoria será entre el 9 y el 12 de febrero, en el día y horario que ellos dispongan.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

Se levanta la reunión.

